In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful

LA FACULTÉ .Net

SEEK KNOWLEDGE

Copyright disclaimer

"La faculté" is a website that collects copyrights-free medical documents for non-lucratif use.
Some articles are subject to the author's copyrights.
Our team does not own copyrights for some content we publish.
"La faculté" team tries to get a permission to publish any content; however , we are not able to contact all the authors.
If you are the author or copyrights owner of any kind of content on our website, please contact us on: facadm16@gmail.com
All users must know that "La faculté" team cannot be responsible anyway of any violation of the authors' copyrights.
Any lucrative use without permission of the copyrights' owner may expose the user to legal follow-up.

7. LES TROUBLES PSYCHOTIQUES AIGUS ET TRANSITOIRES :

Plan de la question :

- **I.** Définition.
- **II.** Intérêt de la question.
- **III.** Description clinique :
  - **A.** Début.
  - **B.** Délire :
  - **1.** Définition.
  - **2.** Caractéristiques.
  - **3.** Délire paranoïde.
  - **C.** L'humeur.
  - **D.** L'anxiété.
  - **E.** Le comportement.
  - **F.** Délire vécu & agit.
  - **G.** Etat de la conscience.
- **IV.** Diagnostic positif.
- **V.** Etiologies.
- **VI.** Diagnostic différentiel.
- **VII.** Evolution-pronostic :
  - **A.** A court terme.
  - **B.** Devenir.
- **VIII.** Prise en charge :
  - **A.** Traitement de la phase aigue.
  - **B.** Traitement ultérieur.

I. Définition :

- Psychose délirante aigue dite aussi **bouffée délirante aigue** (BDA), **bouffée délirante polymorphe**, **trouble schizophréniforme**.
- Etat délirant d'installation brutale, à la **symptomatologie riche et polymorphe**, dont l'évolution est **rapidement et spontanément résolutive**, avec retour à l'état psychique antérieur.
- survient surtout chez des **sujets jeunes** (18-35 ans).

II. Intérêt de la question :

- Urgence psychiatrique : symptomatologie bruyante, sujet dangereux pour lui-même ou autrui).
- Gravité des troubles du comportement nécessite une prise de charge spécifique (hospitalisation en psychiatrie).

III. Description clinique :

A. Début :

- Début brusque « délire d'emblée » (coup de tonnerre dans un ciel serin) +++
- Rupture avec la vie antérieure, ou discrète phase prodromique.
- Présence d'événement ou de conditions déclenchantes inconstantes : choc émotionnel, échec, deuil, ruptures avec les repères affectifs.

B. Le délire :

1. Définition :

Conviction intime et inébranlable en une ou plusieurs idées en opposition avec la réalité, non accessibles au raisonnement ou à la critique.

2. Caractéristiques :

a. Thèmes :

- variables et multiples, surtout :
  - persécutions.
  - grandeur (mégalomaniaque).
  - parfois thèmes mystico-religieux.
  - Erotomaniaques (la conviction chez un individu qu'il est aimé par un autre).
- Thèmes se succèdent, s'intriquent et s'enchevêtrent, sans lien logique entre elles.

b. Mécanismes délirants :

- Hallucinations **psychosensorielles** surtout auditives et cénesthésiques.
- Hallucinations **intrapsychiques** : automatismes mentaux, avec sensation de vol de la pensée.
- **Interprétations erronées à travers un fait réel**.
- **Intuitions subites**.
- **Débordements imaginaires**.

c. Systématisation :

- Absence de systématisation : pas de structuration logique explicative des idées délire flou.

d. Le vécu affectif du patient.

3. Le délire paranoïde :

a. Définition :

Délire **polythématique** à mécanismes **multiples**, flou, non systématisé, sans cohérence et change dans le temps.

b. Caractéristiques :

- Vécu délirant : intense.
- Participation affective et adhésion au délire intense avec bouleversement des repères personnels et extérieurs du sujet.
- Dépersonnalisation et déréalisation profondes.
- altération profonde de la notion du temps : défilé de temps catatonique, télescopages (# de la désorientation temporo-spatiale).

C. L'humeur :

- perturbations thymiques quasi constantes : labilité de l'humeur en rapport avec les propos délirants : euphorie stress : **oscillations rapides et fréquentes**.

D. L'anxiété : omniprésente, peut être dangereuse pour le patient lui-même.

E. Le comportement :

- témoigne des fluctuations de l'humeur et du délire.
- De l'excitation à la stupeur.

F. **Délire vécu et agit :**

- fugues, voyages pathologiques, actes médicolégaux (la tentative d'explication peut engendrer des réactions violentes)

G. L'état de conscience : lucidité tantôt bonne, tantôt altérée avec obnubilation.

IV. Diagnostic positif :

➢ **Repose sur :**

- Apparition **brutale** de **gros troubles du comportement** chez un sujet **jeune**.
- Caractères **poly thématique et polymorphe du délire** (paranoïde)
- **Conviction et vécu délirant intenses** ;
- **Oscillations rapides de l'humeur** ;
- Présence d'une **anxiété importante** ;
- **Absence** d'altération profonde de la conscience.

V. Etiologies :

- Le **plus souvent**, les psychoses aigues sans relation patente avec agent causal : expérience délirante primaire. (BDA **idiopathique**) ;
- Les psychoses réactionnelle à un **traumatisme émotionnel** coloration affective importante : deuil, séparation, isolement … (**de bon Pc**)
- Les psychoses secondaire à une **agression cérébrale** (infectieuse, toxique, traumatique, vasculaire) tableau clinique **confuso-délirant**.
- Psychoses dans le **post-partum immédiat** : psychose puerpérale. L'enquête étiologique se fonde sur une anamnèse et un examen approfondis.

VI. Diagnostic différentiel :

- Le **syndrome confusionnel** +++ urgence médicale.
- **Accès maniaque** (manie délirante) (persécution, grandeur) ;
- **Poussée processuelle de schizophrénie** (patient Déjà schizophrénie donc différentiel à l'anamnèse)
- **Autres états aigus :**
  - ivresses pathologiques.
  - épisodes crépuscule (hystérie).
  - conversion psychique délirante de l'hystérie.
  - paroxysmes épileptiques (EEG).

VII. Evolution-pronostic :

A. A court terme :

- résolution en quelques jours à quelques semaines.
- Fin brusque ou progressive (traitement : raccourcit la durée d'évolution).

B. Devenir :

- Se précise avec le temps, au fur et à mesure de prise en charge :
  - BDA = épisode unique : 10 à 50% ;
  - Evolution intermittente : 30 à 50% ;
  - Soit récidives d'accès du même type, avec restitution ad intergrum ;
  - Soit survenue ultérieurs d'épisodes plus nettement thymiques : maladies maniaco-dépressive (trouble bipolaire).
  - Evolution vers une schizophrénie : 20 à 60%, soit d'un seul tenant soit après répétition de plusieurs accès ;
- Cette diversité évolutive place les psychose aigues comme **diagnostic d'attente** (< 6 mois).
- On ne peut prévoir le pronostic qu'au fur et à mesure de l'évolution ;
- Certains éléments sont retenus comme facteur de bon et de mauvais pronostic. +++

Eléments de bon pc (guérir)	Eléments de mauvais pc (schizophrénie)
- personnalité antérieure extravertie et bien adapté	- personnalité schizoïde, mal adaptée et repliée
- début brutal, caractère aigu de l'épisode et sa rapide rétrocession	- début sub-aigu précédé de manifestations insidieuses
- symptomatologie comportant des éléments dysthymiques importants	- absence de troubles de l'humeur et d'angoisse pendant l'épisode aigu, avec appauvrissement des affectes
- richesse et polymorphisme du délire	- pauvreté du délire
- symptomatologie comportant des signes confusionnels	- absence de trouble de la conscience
- existante des facteurs précipitants manifestes, environnementaux et psychologiques	- absence de facteurs précipitants
- absence d'antécédents familiaux de schizophrénie	- antécédents familiaux de schizophrénie

VIII. Prise en charge :

A. Traitement de la phase aigue : « urgence psychiatrique »

- Hospitalisation nécessaire dans la majorité des cas ; Parfois difficile à faire admettre au patient (ne se reconnaît pas malade…).

1. Buts du TRT médicamenteux « symptomatologique» :

- réduire l'agitation, le délire et les troubles de l'humeur.

2. Molécules utilisées :

- **neuroleptiques ou antipsychotiques incisifs :** action antidélirante, antihallucinatoire.
- **Neuroleptiques incisifs :** action sur le délire et les hallucinations.
- En cas d'agitation importante, associer un neuroleptique sédatif (nozinan*/largactil*)
- Associer au besoin des **correcteurs extrapyramidaux** (Artan*) et **végétatifs** (effortil*, Heptamyl*).
- Recours à la **sismothérapie (courant alternatif)** exceptionnelle (résistance > 3 semaines) : réduction des symptômes délirants (10 à 12 séances).

B. Traitement ultérieur :

1. Evolution sous TRT de la phase aigue :

- Les symptômes psychotiques peuvent céder relativement vite au traitement ;
- Plus rarement persistent plusieurs semaines avant de disparaître complètement.

2. Conduite à tenir :

- Maintenir le traitement 6 à 12 mois après la rémission +++ (car risque de rechute)
- Réduction progressive des doses jusqu'à la dose minimale efficace, en monothérapie
- Prise en charge au long cours en ambulatoire
- Mesures de réinsertion sociale et professionnelle.